

求人申込書

調剤薬局用

【 薬剤師 】

厚生労働大臣許可 (株)医療人材センター

令和 年 月 日

名 称	処方箋科目		
	職員数		
所在地	〒 _____ ☎ _____		
F A X		U R L	
代表者		役 職	
担当者		役 職	

* 求人概要 *

募集人員	資格(_____) (_____ 名)		
雇用形態	常勤 パート(長期 短期 月~ 月迄) 臨時(_____)		
年 齢	不問	年齢制限理由	
	有 才~ 才迄	(指針 _____)	
勤務場所		処方箋枚数	1日 約 _____ 枚
現薬剤師数	常勤(_____ 名)	パート(_____ 名)	

* 給与条件 *

該当項目のみご記入下さい。

月給制	~	円	諸 手 当 等	手当	円	
日給制	~	日		×	手当	円
日給・月給制	~	日		×	手当	円
時給制	~	日		×	手当	円
又は 税込年収			条件等			
宿 舎	有(社宅 寮)	無		薬局住宅費負担(_____ 円位迄)		
託児所	有 指定託児所有	無		託児手当負担有 (_____ 円位迄)		
職員駐車場	有 無	近くに私設駐車場有(本人駐車場代負担額 _____ 円迄)				
通勤手当	有 無	定額(_____ 円迄)				
賃金締切	毎月 日	賃金支払 毎月 日	退職金制度	無 有	年以上	
定期昇給	年 回	円位	賞与(昨年実績)	年 回	ヶ月分	

* 勤務条件 *

就業時間	時 分~ 時 分	休 日 週休二日制(_____) 月(_____)休 <その他の場合> (_____)
	時 分~ 時 分	
	時 分~ 時 分	
	時 分~ 時 分	
休憩時間	時 分~ 時 分 (_____ 分)	
加入保険	雇用 労災 健保 厚生 退共 基金	
定 年 制	有 一律 才・ 無	再雇用制度 有(_____ 才迄)・ 無
育児休業取得実績	有 ・ 無	介護休業取得実績 有 ・ 無

* 特記事項は下の余白にお書き下さい。